

## ENFANT :

NOM : .....  
 Sexe :  M  F  
 École fréquentée : .....

Prénom : .....  
 Date de naissance : ..... / ..... / ..... à .....  
 Classe : .....

## MEDECIN TRAITANT :

NOM : Dr. ....

Téléphone : ..... / ..... / ..... / .....

## ASSURANCE – Responsabilité civile et/ou extrascolaire :

NOM : .....

Contrat N° : .....

## VACCINATIONS

Pour être accueilli dans les structures municipales, votre enfant devra être à jour du calendrier vaccinal : **copies obligatoires.**

⊛ Vaccins obligatoires :  
 DT Polio

⊛ Vaccins obligatoires supplémentaires **pour les enfants nés à partir du 01/01/2018** :  
 Coqueluche – Méningocoque – Hépatite B – Pneumocoque – H. Influenza B – ROR

⊛ Vaccin recommandé :  
 BCG

Je certifie que mon enfant est à jour de ses obligations vaccinales :  Oui  Non Si Non, motif :

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

## ⊛ Votre enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

Angine :  Oui  Non  
 Coqueluche :  Oui  Non  
 Oreillons :  Oui  Non

Otite :  Oui  Non  
 Rougeole :  Oui  Non  
 Rubéole :  Oui  Non

Scarlatine :  Oui  Non  
 Varicelle :  Oui  Non

## ⊛ Votre enfant est-il allergique ?

Asthme :  Oui  Non  
 Alimentaire :  Oui  Non

Médicament :  Oui  Non  
 Autre :  Oui  Non

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir : .....

## ⊛ Votre enfant a-t-il des antécédents médicaux (maladie, accident, crise convulsive, hospitalisation, opération, épilepsie, diabète, ...) ?

Oui  Non

Si oui, merci de préciser la nature, les dates et précautions à prendre si nécessaire.

⊛ Votre enfant suit-il un traitement médical régulier ?  Oui  Non

**Si oui, un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) doit être établi.** En aucun cas, le personnel est habilité à donner des médicaments à un enfant sans PAI. Lors de l'activité, remettre au responsable : l'ordonnance, l'autorisation parentale et le médicament correspondant dans son emballage d'origine avec la notice explicative, le tout marqué au nom de l'enfant.

## RENSEIGNEMENTS ALIMENTAIRES CONCERNANT L'ENFANT

Type de repas :  Repas normal  Repas régime médical\*  Repas sans viande  Repas sans porc  Repas sans bœuf

\* Précisez la cause de l'allergie :

**Ces repas seront servis dès lors que l'enfant est sujet à une allergie alimentaire et uniquement après avoir fait établir un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) ou sur présentation d'un certificat médical.**

## RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port de lunettes, lentilles, prothèses auditives, prothèses dentaires : .....

Je, soussigné(e) ....., responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, m'engage à mettre à jour les rappels de vaccinations et autorise les responsables des activités à prendre toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale, ...).

Date : ..... / ..... / .....

Signatures des représentants légaux :